

Ungdom med nyoppdaget diabetes type 1

Hvordan kan sykepleier veilede ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 til å mestre sykdommen sin?

Kandidatnummer: 1025

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11 SYKHEL

Antall ord: 10 847

Dato: 13.mars 2014

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier veilede ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 til å mestre sykdommen sin?

Metode: Litteraturstudie

Funn: Det viste seg at ungdommene hadde en del kunnskap om diabetes, men ønsket mer. Ungdommene hadde behov for veiledning tilrettelagt sitt behov. Bruk av uhensiktsmessig mestrings strategi var forbundet med lavere sosial kompetanse og lavere metabolsk kontroll.

Drøfting: I debut fasen kan det være hensiktsmessig å fokusere mest på kunnskapsformidling og praktiske ferdigheter. Som veileder er det ikke bare å gi råd å informere, men det er viktig å støtte og oppmuntre slik at ungdommene kan få styrket mestringsevnen. Foreldrenes støtte er viktig samtidig som ungdommene ikke ønsker at de engasjerer seg for mye da det kan skape konflikt.

Konklusjon: Sykepleier må ta utgangspunkt i den enkeltes behov, forståelse og utfordringer. Støtte og oppmuntring fra foreldre og veileder styrker mestringsevnen. Mestring fremmes når de kan se sammenheng i egen situasjon.

Innhold

Sammendrag	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presisering av problemstilling	6
1.3 Avgrensning	6
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teori	7
2.1 Diabetes mellitus type 1	7
2.1.1 Senkomplikasjoner	8
2.1.2 Behandling	8
2.1.3 Kost og fysisk aktivitet	9
2.1.4 Psykiske reaksjoner og ungdoms utfordringer	9
2.2 Krisereaksjoner	11
2.3 Stress og mestring	12
2.4 Orem og egenomsorg	13
2.5 Kunnskap	14
2.6 Individuell veiledning	15
2.7 Gruppeveiledning	16
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie som metode	16
3.2 Litteratur og kildekritikk	17
3.3 Artikkelsøk-søkestrategi	18
3.4 Ethiske overveielser	19
4.0 Funn	20
5.0 Drøfting	25
5.1 Diabetesrelaterte utfordringer for ungdom og mestrings strategier	25

5.2 Individuell veiledning	28
5.3 Veiledning i gruppe	32
6.0 Konklusjon	34
Litteraturliste	35

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De nordiske landene har verdens høyeste forekomst av diabetes. Det er om lag 25.000 mennesker i Norge som har diabetes mellitus type 1. Rundt 300 barn og ungdom får diagnosen hvert år og er den nest vanligste kroniske sykdommen blant barn og ungdom i Norge (Diabetesforbundet 2014). I 2012 ble det rapportert 340 barn og ungdom mellom 0-17 år med nyoppdaget type 1 diabetes. Av dem var 49 % gutter og 51 % jenter. Mer enn 95 % av alle barn og ungdom med Diabetes i Norge har type 1 og halvparten av dem igjen får diagnosen før de er 18 års (Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes 2012:6). Norge er et av de landene som har høyest forekomst i verden. De siste 30 årene har antall barn som får det doblet seg (Diabetesforbundet 2014).

I 2009 ga helsedirektoratet ut nasjonal faglig retningslinjer for diabetes med ønske om og bedre diagnostikk, behandling og forskning på dette området. Diabeteskomplikasjoner er svært alvorlige, og som medfører store økonomiske utgifter for samfunnet. Det er derfor viktig både for den enkelte og samfunnet sett helhetlig at det legges vekt på forebygging, bedre kvaliteten på behandlingen og egenkontrollen. (Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes 2012:7-8).

I mine praksisperioder i løpet av de siste tre årene som sykepleierstudent har jeg opplevd at det er relativt mye usikkerhet og lite kompetanse om diabetes blant helsepersonell, til tross for at sykdommen øker med stormskritt. Uansett hvor vi jobber innenfor helsevesenet kommer vi til og møte på pasienter med denne diagnosen. Jeg mener det derfor er viktig å øke vår kunnskap og forståelse på dette området, slik at vi bedre kan forsvare hvordan den enkelte takler å ha fått diabetes, og å hjelpe de til og mestre de utfordringene det er å leve med den.

Jeg lever sammen med en som har diabetes type 1 og ser på nært hold hvordan det kan påvirke hverdagen både til den det gjelder og omgivelsene rundt. Samtidig er min erfaring at hvis kunnskapen er tilstrekkelig kan en leve godt med sykdommen. Det er bakgrunnen for at jeg i denne oppgaven ønsket å fordype meg på dette fagfeltet.

1.2 Presisering av problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt i min oppgave er:

Hvordan kan sykepleier veilede ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 til og mestre sykdommen sin?

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven ønsker jeg og fokusere på hvordan sykepleiere kan gi kunnskap og støtte gjennom veiledning til ungdom med nyoppdaget diabetes. For å avgrense oppgavens omfang har jeg valgt diabetes type 1. Hovedvekten av de som får diabetes type 1 er barn og unge, og på bakgrunn av det har jeg valgt å begrense til ungdom mellom 13-18 år.

Ungdomstiden er en sårbar alder noe som i aller høyeste grad påvirker sykdommen. Både oppfører kroppen seg annerledes enn ellers i livet, samtidig starter utviklingen av den voksende identiteten med løsrivelse fra foreldrene. Det er derfor viktig at denne aldersgruppen får tilstrekkelig med kunnskap om hvordan de skal best mulig kunne ta ansvar for egen sykdom å oppleve å leve godt med den (Løding og Wold 2006).

I denne oppgaven er veiledning beskrevet som en dialog mellom sykepleier og pasient der målet er å styrke mestringskompetansen å fremme egenomsorgen til ungdommene.

Jeg mener sykepleiere har en viktig rolle for denne pasientgruppen, og ønsker derfor å øke min kompetanse på dette området for å kunne bidra til at disse pasientene skal ha en forutsetning til å oppleve å mestre sykdommen, slik at de ikke føler at sykdommen styrer hele livet deres. Selv om mange i helsevesenet har satt fokus på mestring og læring av kroniske sykdommer er det fortsatt langt igjen til at pasientene opplever et tilrettelagt lærings og mestringstilbud (Graue 2011:288). I lys av det ønsker jeg å undersøke hvordan jeg best kan veilede ungdom og hva deres behov er. Behovene for støtte og veiledning vil være litt ulikt for de ulike aldersgruppene (Hanberger 2010).

Ser det som en utfordring og skulle finne en balanse mellom å gi nok kunnskap om viktigheten av å ha en god glukosekontroll, samtidig som man ikke ønsker å skremme unødvendig om senkomplikasjoner, da det hemmer motivasjonsfaktoren (ibid).

1.4 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i fem hoved kapitler. Første kapittel er en innledning og en begrunnelse for hvorfor jeg har valgt å skrive om dette tema, samt presentasjon av problemstilling og avgrensning. Andre kapittel er en teoridel der jeg beskriver diabetes type 1, konsekvenser, behandling å hva som påvirker blodsukkeret, ungdomsårene og den tids utfordringer, krisereaksjoner, Orems egenomsorgs teori, stress og mestringsteori samt kunnskap og veiledningsteori.

I tredje kapittel gjør jeg rede for metodevalg, hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur å søke etter artikler, samt etiske overveielser. I fjerde kapittel presenterer jeg forskningsartikler som er relevante for oppgavens problemstilling. I drøftingskapittelet diskuteres teori og forskningsartiklene opp mot hverandre for å finne svar på min problemstilling. Avslutter med en konklusjon.

2.0 Teori

2.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes betyr « noe som renner igjennom» og kommer av den store urinmengden som oppstår ved ubehandlet diabetes (Diabetesforbundet 2014).

Diabetes mellitus type 1 er en autoimmun sykdom der kroppens eget immunsystem angriper og ødelegger insulinproduserende betaceller i pankreas. Insulinproduksjonen er helt fraværende noe som resulterer i forhøyet blodsukker (hyperglykemi). Insulinbehandling er derfor helt nødvendig for å senke glukosekonsentrasjonen i blodet (Jenssen 2011:381).

Hvis blodsukkeret har nådd høye verdier og ikke pasienten får behandling med insulin, oppstår metabolsk acidose. Det vil lukte aceton av pusten noe som skyldes at blodet blir surere etter hvert som det produseres ketonlegemer i leveren som følge av insulinmangel. Insulinet transporterer glukose inn i cellene, men i mangel av insulin må kroppen forbrenne fett isteden. Det oppstår en opphopning av avfallsstoffer som kan føre til en livstruende tilstand, diabetisk ketoasidose.

Vanlige symptomer på type 1 diabetes er redusert allmenntilstand, vekttap, slapphet, økt urinlating og tørste (Norsk helseinformatikk 2013).

Diabetes er en livslang sykdom som kan gi alvorlig senskader og risiko for fortidelig død. For mange gir den nedsatt livskvalitet. Det er ingen helt klar årsak til at noen utvikler type 1 diabete, men det antas å være en kombinasjon av arv og miljøfaktorer. Den kan opptre i alle aldre, men som oftest debuterer sykdommen i barne- og ungdomsårene (Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes 2012:7).

2.1.1 Senkomplikasjoner

De vanligste diabetesrelaterte senkomplikasjonene er øyebunnsforandringer (retinopati), små blødninger i øyebunnen som i verste fall kan igjen føre til blindhet. Nyreforandringer (nefropati), proteiner som lekker ut i urinen som på sikt kan føre til nyresvikt. Nerveskader perifert (nevropati), som gjør at en får nedsatt følelse i føtter og hender. Det igjen kan føre til gangvansker og kroniske fotsår (Jenssen 2011: 388).

Forebygging av diabetiske komplikasjoner er viktig og krever tilrettelagt oppfølging (Skafjeld 2011:75). Komplikasjonene kommer gjerne etter flere år med diabetes. Årsaken er ikke helt kjent, men at det skyldes høye glukose og glykosylert hemoglobin (HbA1c) verdier er klart. HbA1c er det gjennomsnittlige blodglukosenivået de siste 6-8 ukene. Hvem som er mest utsatt vites heller ikke med sikkerhet, men i tillegg til og tilstrebe anbefalte glukoseverdier kan noen forebyggende tiltak være å slutte å røyke, være fysisk aktiv, unngå overvekt og stress, behandle høyt blodtrykk, ikke drikke for mye alkohol, å spise fettfattig kost, mat som er fiberrik samt frukt og grønt (Hanås 2011:290-291).

2.1.2 Behandling

Målet med behandlingen av diabetes er å unngå episoder med hypo- eller hyperglykemi, og å hindre / forsinke utvikling av senskader. For å oppnå dette er tilførsel av insulin helt nødvendig. Kunnskap om egen sykdom er en forutsetning for og kunne leve godt med diabetes, og for å kunne ha en god egenomsorg.

Insulin må gis i injeksjonsform da insulin blir ødelagt av fordøyelsesvæsken og derfor ikke kan tas som tabletter (Diabetesforbundet 2012). Insulin finnes i ulike typer men de mest vanlige er hurtigvirkende og langtidsvirkende. Det injiseres inn under huden flere ganger om dagen i balanse med matinntak og fysisk aktivitet. For å kunne regulere dette er det nødvendig at pasienten måler blod sukkeret sitt selv. En bør tilstrebe og holde blodsukkeret så stabilt som

mulig, helst under 10 mmol/l mesteparten av dagen. HbA1c er anbefalt å ligge på 7 % eller mindre for og redusere risikoen for senkomplikasjoner (Jacobsen m.fl 2009:293).

Noen ganger kan blodglukosen bli for lav, og pasienten får det vi kaller «føling» eller hypoglykemi. Symptomene er svette, uro, skjelvinger, hjertebank, irritabilitet og endret oppfattelsesevne. Ved svært lavt blodsukker kan det utvikle seg til kramper og bevisstløshet. Denne tilstanden kan være en ubehagelig opplevelse både for personen selv og omgivelsene (Hanås 2011:37).

2.1.3 Kost og fysisk aktivitet

Å leve med diabetes krever behandlingsvurderinger døgnet rundt. Blodsukkeret påvirkes av kosthold og fysisk aktivitet. Det er særlig karbohydrater som avgjør hvor mye blodsukkeret stiger, men matens innhold på sees i sammenheng med mengden mat og aktivitetsnivå for å kunne dosere insulin. Det er krevende og vil innvirke på dagliglivet.

Får en del år tilbake skulle personer med type 1 diabetes ha et veldig restriktivt inntak av karbohydrater, og sukker skulle unngås (Hanås 2011: 191). Dette har en gått bort i fra. Tidligere var det insulindosen som bestemte matinntaket, nå er det motsatt. Det er ønskelig at pasienten lever så normalt som mulig, samtidig har kostholdet betydning for forebygging av diabetiske senkomplikasjoner. Personer med diabetes har også en økt risiko for å utvikle hjerte- karsykdommer, så et sunt variert kosthold er anbefalt. Antioksidanter, frukt og grønt har også en hemmende effekt på utvikling av andre senkomplikasjoner hos diabetespasienter, samt at det har en blodtrykksreduserende effekt. Regelmessige måltider gjør det enklere å regulere blodsukkeret (Aas 2011: 123-129).

Selv om fysisk aktivitet i seg selv ikke fører til bedre blodsukkerkontroll er det gunstig i forhold til å redusere utvikling av hjerte-kar sykdommer, fedme og høyt blodtrykk samtidig gir det økt følelse av velvære (Sagen 2011:148).

2.1.4 Psykiske reaksjoner og ungdoms utfordringer

Haug sier (referert fra Kvam 2010) at det er en særegen psykologi knyttet til sykdommen. Det er et samspill mellom kropp og sjel. Det vil si at insulindosering også må beregnes etter

følelser og sinnsstemning. Det gjør det ekstra komplisert og krever erfaring. Frykten for å få føling ved å feilberegne insulin vil også påvirke den psykososiale helsen.

Det og måtte ta kontroll over en av kroppens funksjoner som lenger ikke fungerer kan skape frustrasjon og sinne, noe som kan takles på ulike måter (Torgauten 2011:179). Noen ignorerer sykdommen mer eller mindre. De spiser det de ønsker, samtidig som de tar nok insulin til ikke å føle seg dårlige i øyeblikket. Noen går helt opp i diabetesen, og lever kun for og ta seg av sykdommen på best mulig måte. Andre igjen forsøker å gjøre diabetesen til en naturlig del av livet. For personer som har diabetes kan frykten for å få føling gjøre at de velger og gå med litt høyt blodsukker (Hanås 2011:321).

Ungdomsårene er tiden mellom barn og voksen. I denne tiden skjer det store forandringer både kroppslig, mentalt og sosialt (Haugstvedt 2011: 285). Gjennom disse årene skal de utvikle en voksen identitet, å bli mer og mer selvstendige og uavhengige. De veksler ofte mellom å oppføre seg som et barn samtidig som de ønsker å bli behandlet som en voksen. Dette kan være en utfordrende tid for mange foreldre (Hanås 2011: 329).

Kraftig vekst og hormonelle endringer medfører økt insulinbehov. Insulinbehovet kan også variere fra dag til dag eller fra periode til periode, noe som gjør det vanskelig å håndtere. Ungdomstiden medfører løsrivelse fra foreldrene og selvstendighet er en viktig identitetsutvikling (Haugstvedt 2011: 286). Å få diabetes i tenårene kan være vanskelig da det hindrer litt av denne utviklingen. De er ikke modne nok til og ta hele ansvaret for sykdommen samtidig som de synes det er vanskelig at foreldrene skal gjøre det (Hanås 2011: 320). Det en har sett er at måten foreldrene involverer seg på er vesentlig. For noen kan familien bidra til økt motivasjon, men for andre kan alt foreldrene sier oppfattes som mas og kritikk (Løding og Wold 2006).

Venner er viktig i ungdomstiden, og å gjøre de samme tingene som sine jevnaldrende betyr mye. De er opptatt av ikke og skille seg ut, så derfor kan det være vanskelig å fortelle eller vise at de har fått diabetes. Ungdommers utforskende adferd og uregelmessige livsstil er ikke så lett å kombinere med god kontroll av blodsukkeret (Haugstvedt 2011: 287).

2.2 Krisereaksjoner

Vanskelige og alvorlige hendelser i livet kalles for kriser. Eide og Eide (2007:166) skiller mellom to type kriser, livskriser og traumatiske kriser. Livskriser er påkjenninger som kommer og går som følge av endringer i livssituasjonen. Det kan være for eksempel pubertet, ekteskap, få barn, eller overgangsalder. Traumatiske kriser brukes når det oppstår fysisk, psykisk eller sosiale belastninger som påvirker personen i kortere eller lengre perioder. Det kan være sykdom, ulykke, vold eller skilsmisse.

Når en tenåring får en kronisk sykdom vil personen både være i en livskrise og en traumatisk krise samtidig. Det er ikke alltid lett og skille disse, men de henger nøye sammen. Det er heller ikke bare tenåringen som preges av situasjonen, men hele familien påvirkes.

Når ungdom får diabetes vil det også kunne påvirke relasjon og samhandling til andre personer, som klassekamerater og venner, noe som kan gjøre det ekstra utfordrende (Rokne 2011: 161).

Når sykdommen blir diagnostisert vil de fleste gå gjennom flere av de samme fasene i starten. Den første er sjokkfasen. De fleste klarer ikke å tenke klart og kan tro at dette kan ikke være sant. Noen vil benekte situasjonen å late som om ingenting har hendt. I denne fasen har en dårlig kontakt med følelsene sine, vurderings og tankeevnen er nedsatt. Pasientens har liten evne til problemløsning, og har vanskeligheter med å ta imot informasjon (Eide og Eide 2007:176-177).

Reaksjonsfasen preges av en sorg med tristhet, tårer, aggresjon og skuffelse over at dette skjer «meg». Følelsene strømmer på uten å ha kontroll over dem. Bekymringer for hvordan fremtiden vil bli, og om sykdommen vil sette mange begrensinger. Ungdom som har fått diabetes kan oppleve skyldfølelse over å ha fått sykdommen (Eide og Eide 2007:179-181). Det er viktig å presisere at det ikke er tilfelle (Hanås 2011:318).

Som sykepleier er det viktig i denne fasen å være støttende, lyttende å vise omsorg slik at pasienten kan slippe følelsene til. Med begrepet omsorg menes det i dette perspektivet å vise omtenksomhet, eller bry seg om (Eide og Eide 2007: 32).

I bearbeidelsesfasen vil pasienten gradvis åpne seg for de følelsesmessige reaksjonene. I starten vil en være emosjonell labil, og sinne, sorg og fortvilelse kan komme som kaste over en. Søvn og konsentrasjonsevnen kan også være forstyrret i denne perioden. Ved å slippe litt

opp på forsvaret kan en sakte begynne å forsone seg med at sykdommen er et faktum å begynne å tenke fremover (ibid).

Det kan ta lang tid før en krise går over i nyorienteringsfasen. Det er viktig med profesjonell hjelp for dem som blir stående fast i sorgen uten å være i stand til og komme seg videre, eller benekter situasjonen og ikke har ønske om å tilpasse seg livet med diabetes (Hanås 2011: 319).

2.3 Stress og mestring

Å leve med diabetes kan være en stor påkjenning som ofte medføre stress. Diabetesrelatert stress kan påvirke evnen til egenomsorg, noe som vil gå utover blodsukkerkontrollen (Karlsen 2011: 216). Å lære å mestre stress og sykdom kan gjøres gjennom ulike strategier. Jeg velger her å belyse Lazarus og Folkmans tenkning, da den oppfattes som hensiktsmessig spesielt for personer med kronisk sykdom (Hanssen 2001:49).

Lazarus og Folkman definerte i 1984(referert fra Kristoffersen 2005:212) stress som en subjektiv opplevelse. Der det i en situasjon er en påkjenning når personen selv oppfatter den som det, og når kravene overskrider personens ressurser og truer opplevelsen av velvære. For en person kan en situasjon oppleves svært stressende, mens for en annen kan samme situasjon oppleves helt uproblematisk.

Videre poengterer Lazarus i1992 (referert fra Hanssen 2001: 49) at behandling og forebygging av sykdomsstress må være i samsvar med hva den enkelte opplever som stress.

Hvordan den enkelte velger å ivareta sykdommen sin er avgjørende for opplevelsen av livskvalitet. Målet må være og kunne leve med sykdommen uten at den styrer hele hverdagen. Lazarus og Folkman beskriver i 1984 opplevelsen av kontroll som essensiell for mestringsfølelsen (ibid).

Hvordan vi velger og mestre situasjoner vi befinner oss i vil avgjøres på bakgrunn av erfaring og personlighet. Den kan være enten hensiktsmessige eller uhensiktsmessige.

Lazarus og Folkman 1984 (referert fra Kristoffersen 2005:214-216) deler mestrings strategier inn i to hovedtyper: problemfokuserte strategier og emosjonsfokuserte strategier.

Den problemfokuserte tilnærmingen handler om å håndtere det i situasjonen som oppleves vanskelig. Det kan for eksempel være å søke kunnskap om diabetes for og kunne takle sykdommen på best mulig måte, og for å oppnå en så jevn blodsukkerregulering som mulig

gjennom døgnet. Sykepleier kan i dette tilfelle legge til rette for at pasienten får kontroll på den praktiske delen av sykdommen, som å måle blodsukker, sette insulin å informere hva som gjør at blodsukkeret svinger. Det kan skape trygghet for pasienten, og de kan oppnå en opplevelse av mestring.

Den emosjonellfokuserte strategien har til hensikt å endre tanker og følelsesreaksjoner som er lite gunstige. En ungdom som får diabetes som velger å benekte alvoret ved ikke ta hensyn til om blodsukkeret er høyt, benytter en mestringsstrategi som i dette tilfelle er uhensiktsmessig. Det kan på sikt føre til alvorlige senkomplikasjoner. Så lenge situasjonen er mulig å kontrollere hevder Lazarus og Folkman i 1984 (referert fra Hanssen 2001: 49) at problemfokusert strategi bør vektlegges. Når derimot en situasjon ikke kan endres bør emosjonellfokusert strategi benyttes, den kan da betraktes som en form for overlevningsmekanisme.

I følge Lazarus og Folkman 1984 benytter vanligvis folk en kombinasjon av disse når de opplever belastende situasjoner, men for personer med diabetes er den problemfokuserte mestrings strategien spesielt viktig for å håndtere det krevende behandlingsregime (ibid).

2.4 Orem og egenomsorg

Som nevnt tidligere i oppgaven har egenomsorg en sentral plass i diabetesomsorgen og av stor betydning for ungdom med diabetes. Jeg ønsker derfor å belyse Dorothea Orem's egenomsorgstenkning og hennes teori om egenomsorgssvikt.

Orem sin definisjon av egenomsorg:

Egenomsorg er de aktivitetene som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære (Orem 1991).

For og ivareta egenomsorgen kreves det at vedkommende er i stand til å forstå sin helsetilstand og til å foreta hensiktsmessige behandlings tiltak. Dette må læres og påvirkes av blant annet alder og modenhet (Cavangh 2001:17).

Orem tar utgangspunkt i 8 egenomsorgsbehov som er felles for alle mennesker. De universelle egenomsorgsbehovene, som alle mennesker må være i stand til å oppfylle for at det kan kalles å utføre egenomsorg. Egenomsorgsbehovene omhandler hele mennesket, de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige områdene. Hvis vi av en eller annen grunn ikke klarer å ivareta disse behovene oppstår det en ubalanse (Cavangh 2001:19-20).

Orem har skilt ut er gruppe egenomsorgsbehov i de utviklingsrelaterte og de helsesviktrelaterte. De utviklingsrelaterte som er knyttet til alder og utviklingstrinn, og de helserelaterte behovene som gjør seg gjeldene når en person blir syk, blir skadet, får et funksjonstap eller er under medisinsk behandling (ibid). Det er de helserelaterte behovene som gjør seg mest gjeldene i denne oppgaven.

Når en ungdom får diabetes oppstår det en forandring i helsetilstanden som gjør at de må tilpasse seg en ny og endret livssituasjon. De må søke råd og veiledning av noen som har kompetanse på dette området når de ikke er i stand til å dekke sine egne egenomsorgsbehov. Det oppstår da en svikt i egenomsorgen. Følelsen av tilhørighet, det å ha et positivt selvbilde samt det å føle seg normal kan også bli i ubalanse når sykdom oppstår. Det er viktig og tilpasse også disse endringene (Cavangh 2001:24).

For å klare å ta seg av sine egne egenomsorgsbehov må det utvikles egenomsorgsevne. For å utvikle det kreves evne til å tenke rasjonelt, dra nytte av tidligere erfaringer å tillære seg kunnskap slik at de er i stand til å foreta beslutninger (ibid). For at ungdom som har fått diabetes skal være i stand til å gjenoppta egenomsorgen trenges ny kunnskap om hvordan de skal takle sin nye tilværelse. Det kan sykepleier hjelpe pasienten med gjennom Orems hjelpemetoder som består av veiledning, undervisning, støtte fysisk og psykisk, handle for en annen, tilrettelegge omgivelser for helsefremmende omsorg og å fremme pasientens evner (Cavangh 2001:33). Det som avgjør hvilken metode sykepleieren benytter er pasientens egenomsorgsevne, sammen med hva årsaken til den sviktende egenomsorg er (Kristoffersen 2005:48).

2.5 Kunnskap

Når en ungdom får diabetes vil de ha behov for både medisinsk kunnskap og psykologisk støtte, og bistand for at de skal kunne mestre livet med sykdommen på best mulig måte. Der spiller sykepleieren en viktig rolle.

Kunnskap og ferdigheter om hvordan kroppen fungerer og hvordan diabetes påvirker kroppen er nødvendig for at de aktivt skal være i stand til å handle riktig når blodsukkeret er høyt så vel som for lavt. De trenger kunnskap om hvordan kost, fysisk aktivitet, livsførsel og insulin påvirker hverandre, og hvordan regulere dette. I tillegg til den teoretiske kunnskapen om sykdommen er det også en praktisk del som er nødvendig å beherske. Det handler om hvordan

og hvor på kroppen insulin skal settes, og hvordan blodsukkeret måles. For mange er det en barriere å skulle sette injeksjoner på seg selv (Kristoffersen 2005: 225).

2.6 Individuell veiledning

Veiledning kan foregå både individuelt og i gruppe. Slik jeg ser det kan begge benyttes i diabetesomsorgen. Derfor presenterer jeg litt fra begge metodene i min oppgave.

Veiledning er ikke noe entydig begrep å kan benyttes i mange sammenheng. Tveiten definerer veiledning som:

En formell, rasjonell og pedagogisk igangsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistisk verdier (Tveiten 2008b: 19).

Veiledning kan skje både spontant og planlagt. Jeg velger her å fokusere på den planlagte. Da har veileder en spesifikk kompetanse i forhold til veiledningen, og veiledningen foregår til bestemte tider med avgrenset tid. Da vet begge parter hva de har av rammer. Det som står sentralt i veiledning er dialogen mellom partene. Når partene møtes finner man sammen ut hva behovet til fokuspersonen er, og det vil bli innholdet i veiledningen (Tveiten 2008b:87). Veileders oppgave er å legge til rette slik at fokuspersonen lærer og oppdager, for å utvikle sin mestringskompetanse. Veiledning kan bidra til bevisstgjøring av egne ressurser og hva som kan oppleves som en utfordring (Tveiten 2008b: 64)

Det er ikke veileders oppgave og komme med alle svarene, men hjelpe den andre til selv og finne de. Det forutsetter at fokuspersonen er aktiv i veiledningen. Veiledning handler om og møte den andre der den er, å ta utgangspunkt i det den har behov for å lære og på hvilken måte vedkommende best lærer (Tveiten 2008a: 80).

Ved at sykepleier er i stand til å se den andres kompetanse som en ressurs vil det kunne bidra til å motivere den andre til å delta aktivt i egen behandlingen (Tveiten 2008a: 86).

2.7 Gruppeveiledning

Om det er individuell eller gruppeveiledning som er mest hensiktsmessig er vanskelig å si, men veiledning i gruppe er økende i helsevesenet i andre land og har også blitt tatt mer i bruk i Norge (Tveiten 2001:50).

Veiledning i grupper kan være når en gruppe har veiledning sammen og en har definert veilederansvar (Tveiten 2008b:123). Velger man å veilede i gruppe bør sammensetningen vurderes. Det vil si lik alder, lik diagnose, samme språk, felles interesse og behov i fokusgruppen. (Tveiten 2001: 50).

For ungdom med diabetes kan det være en utfordring og ikke kjenne andre med sykdommen. Hele tiden å sammenlikne seg med andre i samme alder som er friske kan føles som en belastning og bidra til at de fortrenger sykdommen (Løding og Wold 2006). Gjennom gruppeveiledning vil de bli kjent med andre med samme utfordringer og behov som seg selv, som de kan reflektere å utveksle erfaringer sammen med. Det kan skape en fellesskapsfølelse og samhørighet som kan bidra til økt følelse av livskvalitet og fremme motivasjon (Tveiten 2008a:181).

1.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

I følge Dallon (2007:83) er en metode noe vi anvender når vi ønsker å undersøke noe. Det er gjennom metoden vi henter informasjonen vi trenger i undersøkelsen vår. Valg av metode velges ut i fra problemstillingen og hva vi ønsker å undersøke. Vi må kunne gjøre rede for valget av den metoden vi benytter og de fordelene den har for å belyse vår problemstilling til fordel for andre metoder.

Jeg har valgt i denne bacheloroppgaven å benytte litteraturstudie som metode. Det er en metode som kan egne seg når en ønsker å undersøke noe litt nærmere som det allerede er forsket på. Metodedelen i denne oppgaven følger prinsippene til en systematisk litteraturgjennomgang. Det kan kalles systematisk litteraturstudie når det ikke er tilfeldig valgt litteratur som er benyttet, men litteraturen er vurdert på en systematisk måte (Breedholm og Fredriksen 2013:47).

I en kvantitativ metode samles data som blir omgjort til målbare enheter slik at en kan finne ut gjennomsnitt og prosent av en større mengde (Dallan 2007:84).

Kvalitativ metode består av tekst gjort gjennom samtaler eller observasjoner som kan bidra til og få frem nyanser. Den går i dybden av et tema (Malterud 2003:31). I min oppgave tolker jeg forskning og litteratur som jeg benytter, og mine funn består av kvalitative studier.

Årsaken til at jeg benytter denne metoden er at jeg ønsker å gå i dybden å få frem nyanser i hvordan sykepleiere kan veilede ungdom med nyopplaget diabetes type 1. For å belyse det bør vi vite noe om hva ungdom trenger av veiledning og hvordan de ønsker veiledning. Det finnes mye litteratur og forskning på temaet så målet mitt var ikke å finne ny kunnskap men benytte den som allerede er gjort.

Jeg kunne også benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode, men da ville jeg intervjuet ungdom med diabetes for å få deres synspunkt, for å kunne belyse min problemstilling. Når intervjuobjekter er pasienter er det et krav om at det må søkes regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for vurdering. Oppgavens omfang og tidsperspektiv gjorde derfor at det var utelukkende (Johannessen, Molven og Roalkvam 2007:286).

3.2 Litteratur og kildekritikk

Når jeg skulle bestemme med for valg av tema og problemstilling startet jeg med å søke om det var nok litteratur på temaet. Det fikk jeg raskt avklart at det var. For å finne relevant litteratur søkte jeg i BIBSYS med søkeordene, diabetes, kronisk sykdom, veiledning, mestring, livskvalitet, støtte, egenomsorg, motivasjon, og fant seks relevante bøker. Lette også i tidligere pensumbøker og fant også der noen som kunne anvendes. For å få så oppdatert litteratur som mulig søkte jeg hovedsakelig fra de siste 10 år.

Har også benyttet nettsidene til Diabetesforbundet, Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes, og Norsk helseinformatikk som gir en god beskrivelse av hva diabetes er. Anser alle disse kildene som pålitelige kilder. På Norsk Helseinformatikk sin nettside fant jeg utdrag fra doktoravhandlingen til Jon Haug, «Diabetes i kropp og sinn» som jeg fant interessant for oppgaven. Forsøkte å søke den opp i sin helhet uten å lykkes, benyttet derfor deler av utdraget.

I følge Dallan (2007:73) skal alle kilder vi benytter i oppgaven gjøres rede for slik at lesere forstår hva slags kilder som er benyttet. Kildene skal også være relevante for å kunne finne svar på problemstillingen.

3.3 Artikkelsøk-søkestrategi

For å finne relevante forskningsartikler som jeg kunne benytte for å svare på min problemstilling brukte jeg databasene SweMed +. Chinal, Pubmed. SweMed + er en skandinavisk database mens de andre er internasjonale. Alle tre hadde jeg kjennskap til fra tidligere.

Når jeg søkte i databasene avgrenset jeg slik at jeg fikk fulltekst artikler med abstract og peer reviewed. Det vil si at de er fagfellevurdert og ansees derfor for å være pålitelige. Det betyr at det er vitenskapelige artikler som er vurdert og godkjent av eksperter på området (Dallan 2007: 80).

Startet først å søke etter skandinaviske artikler i SweMed+ med søkeordet «type 1 diabetes». Det gav 689 treff. Får å snevre inn søket kombinerte jeg med «adolescents» og fikk da 107 treff. Jeg fant en norsk artikkel « Gruppebasert intervensjon i familier med ungdom som har type 1 diabetes» av Løding og Wold (2006), som omhandler gruppeprosjekt mellom foreldre og ungdom med type 1 diabetes. Får å snevre inn ytterligere ble søkeordene kombinert med «coping» som gav 2 treff. Av de to artiklene anså jeg den ene som relevant. En Islandsk artikkel “The role and advanced nurse practitioners in offering brief therapeutic conversation intervention for families of children and adolescents with diabetes type 1” Konradsdottir and Svavarsdottir (2013).

Søkte videre i Chinal for å søke utover Skandinavia. Benyttet først søkeordet «diabetes type 1» det gav meg 221 treff. Reduserte årstallet til tidsrommet mellom 2004- 2014 og la til «adolescents». Da endte jeg opp med 49 treff, men av dem fant jeg ingen som kunne svare på min problemstilling.

Åpnet derfor søket ved å benytte «diabetes» istedenfor « diabetes type1». Det gav 3762 treff. Ved å legge til «coping» fikk jeg 846 treff. Den første artikkelen som kom opp « coping and resilience in adolescent with type 1 diabetes» skrevet av Jaser and Withe (2010), anså jeg som aktuell da den handler om hvilke mestringsstrategier ungdom med diabetes type 1

benytter seg av. Videre ble coping byttet ut med conseling or education samtidig som jeg snevret årstallet ytterligere inn til 2007-2014. Det gav riktignok mange treff 1255 men da artikkel 1 og 3 virket relevante benyttet jeg dem. « Type 1 diabetes:children and adolescents knowledge and questions» Roper m.fl.(2009), og « Diabetes education: what do adolescents want» Chaney m.fl.(2010). I begge artiklene var ungdom intervjuet. Den ene omhandler hvilke kunnskap de sitter med, og hva de ønsker å vite noe mer om. Den andre om hvilken form for veiledning de ønsker.

Ved å legge til søkeordet «parent» begrenset søke seg til 585 treff og av dem fant jeg «parent -adolescents communication and diabetes: en integrative review» Dashiff, Hardeman & Mc Lain (2007) som jeg vurderte som aktuell. Den omhandlet studier gjort i tidsrommet 1985-2006 med bakgrunn i viktigheten av samspillet mellom foreldre og ungdom med diabetes type 1. Byttet ut søkeordet «parent» med «counseling» men det gav meg ingen fler aktuelle artikler.

Søkte videre i PubMed med de samme søkeordene som ble benyttet i Chinal men jeg anså ingen artikler der som aktuelle for min problemstilling, derfor startet jeg med å lese abstractene på dem jeg allerede hadde funnet.

På et senere tidspunkt søkte jeg SweMed+ uten å huke av på peer reviewed men med søkeordene diabetes og ungdom. Jeg fikk opp artikkelen «Diabetessjuka barn og ungdom» av Jon Andersson, som er et utdrag fra doktoravhandlingen til diabetes sykepleier Lena Hanberger. Den fant jeg relevant for min oppgave og søkte derfor opp hele doktoravhandlingen i full tekst.

3.4 Etiske overveielser

I min oppgave benytter jeg litteratur og forskning som andre har skrevet og utarbeidet. Det en skal være bevisst er at ofte kan litteratur være sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og fortolket av andre enn den opprinnelige, noe som kan føre til at det opprinnelige perspektivet er endre (Dallan 2007:72). I følge Dallan (2007:234) dreier etikk seg om normer for riktig og god livsførsel, noe jeg etter beste evne har forsøkt å følge i min oppgave, både ved å referere til primære og sekundære kilder og gjennom å følge retningslinjer for oppgave skriving. Fordi

jeg har benyttet andres arbeid har ikke min oppgave blitt berørt av etiske temaer som personvern, anonymitet og taushetsplikt.

Førforståelse er i følge Dallan (2007: 92) noe vi har en mening om før vi begynner å undersøke nærmere. Det er lett og la seg påvirke av den førforståelsen vi har slik at når vi leter etter data leter vi etter det som kan bekrefte vår førforståelse. Det er viktig og være seg dette bevist.

Jeg lever sammen med en som har diabetes type 1, så min bakgrunn og førforståelse er hovedsakelig ut fra et personlig perspektiv. Til tross av at det er en svært krevende sykdom og at det er mange ting som har innvirkning på blodsukkeret er det mulig å leve godt med sykdommen. For å få til det kreves kunnskap og erfaring. Det vil være svært forskjellig hvordan sykdommen oppleves fra person til person og hvordan den preger hverdagen. For noen kan sykdommen styre hele livet mens for andre kan den ha blitt en del av livet.

4.0 Funn

I dette kapittelet presenterer jeg funnene i de forskningsartiklene som benyttes i drøftingsdelen.

Gruppebasert intervensjon i familier med ungdom som har type 1 Diabetes (Løding og Wold 2006)

Hensikt: Ønsker å finne ut om foreldres spørsmål, engstelse og bekymring kan medføre konflikter og om det hemmer ungdommers vilje og motivasjon til å ta ansvar for sykdommen.

Metode: De utarbeidet et gruppetilbud som ble gjennomført i 2004 for ungdom med diabetes type 1 mellom 13-18 år og minst en av deres foreldre. 19 ungdom med foreldre meldte seg på og de ble delt inn i tre grupper. Foreldre og ungdom var i hver sine grupper. Deler av spørreskjema « Diabetes Quality of life Questionnaire» ble benyttet som ungdommene og deres foreldre skulle svare på.

Resultat: Funnene i denne studien viser at foreldrene synes det var godt og nyttig å møte andre foreldre i samme situasjon og utveksle erfaringer. De mener at ungdommene har blitt mer åpne i forhold til sin diabetes etter gruppesamtalene og opplevde at ungdommene trivdes

godt med å delta i gruppene. Det hadde blitt lettere å snakke sammen om sykdommen og de uttrykte at det hadde vært nyttig å lære om andres måter å mestre diabetes på.

Konklusjon: Om dette resultatet har bedret ivaretagelse av sykdommen vites ikke med sikkerhet, men ungdommene vil fortsette med kontroller på poliklinikken og der vil de se om det er tilfelle.

Diabetes education: What do adolescents want? (Chaney m.fl. 2010).

Hensikt: Studien ønsker å finne ut om ungdom har behov for strukturert diabetes veiledning, hvordan det bør organiseres og hvilke temaer som bør tas opp. Bakgrunnen er at når ungdom skal begynne å ta større ansvar for egen behandling kreves hensiktsmessig egenomsorg, kunnskap og ferdigheter for at de skal kunne ivareta en god diabetesomsorg.

Metode: Denne studien er en utforskende kvalitativ studie. Det ble foretatt fem fokusgruppeintervjuer fra tre akutte helseforetak i Nord- Irland. Kriteriene var at ungdommene skulle være mellom 13 -19 år. Av 80 deltakere som ble invitert til å delta på tvers av sykehusene var det 21 ungdom som ble intervjuet på tvers av de fem fokusgruppene. Alle data fra intervjuene ble tatt opp på diktafon. Opptakene ble transkribert og analysert etter temaer.

Resultat: Mange av de unge som deltok i studien antydte at de slet med det kompliserte behandlingsregime diabetes er, og at det er vanskelig å søke råd og veiledning fra helsevesenet og sine foreldre. Det kom fram av intervjuene at strukturert diabetesprogram ville kunne bidra til ivaretagelse av sykdommen, men de ønsket den skreddersydd for deres behov. Flertallet av ungdommene hadde behov for å bli uavhengige av foreldrene og ønsket ikke at de skulle være involvert. Ungdommene ønsket praktiske økter og morsomme aktiviteter. Det kom også fram at oppfølging i etterkant er viktig og da foretrakk de at det kunne gjøres via tekstmeldinger.

Konklusjon: Resultatet i denne studien bekrefter at det er behov for strukturert diabetes veiledning for ungdom for å unngå dårlig diabetesbehandling og dårlig glukose kontroll. Den bør være tilpasset ungdommenes behov og være praktisk og relatert til daglig bruk. Foreldrenes engstelse må ivaretas slik at de kan støtte ungdommene samtidig som de lar ungdommene få være selvstendige.

Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions (Roper m.fl. 2009).

Hensikt: Studie ble gjennomført for å få mer kjennskap til hvilken kunnskap barn og ungdom med diabetes type 1 har om sykdommen, og hva de ønsker å vite mer om. Et sekundært formål med studien var å identifisere hva de snakker med sine foreldre om.

Metode: Kvalitativ beskrivende metode. Forskingen er en del av en større studie. Det var i alt 58 barn og ungdom med i alder 8-18 år som deltok. Datasamlingen ble gjort i 2005. Alle intervjuene ble gjennomført i barnas hjem. Intervjuene ble lyd registrert, transkribert og kontrollert for nøyaktighet.

Resultat: Temaer som ble identifisert fra intervjuene var blant annet: omsorg, fysiologi, konsekvenser, både kortsiktige og langsiktige, familien og diabetes erfaring. På spørsmål knyttet til hvordan barna klarte å håndtere sykdommen sin, gikk hele 91 % av svarene under kategorien omsorg. Det nest mest utbredte temaet var fysiologi som gikk på kunnskap om hvordan kroppens systemer fungerer og hvordan diabetes påvirker kroppen. Nesten halvparten av deltakerne diskuterte konsekvensene av å ha diabetes. Noen få beskrev hvordan familien hjalp dem med å administrere sykdommen. Kun et par diskuterte egne erfaringer vedrørende diagnosen.

Funnene i denne studien kan være påvirket av de unges kognitive modenhet og deres evne til å uttrykke seg verbalt.

Konklusjon: Det som kom fram i denne studien er at de unge har en del kunnskap om sykdommen, men har fortsatt et ønske om ytterligere kunnskap om omsorg, fysiologi og konsekvenser. De snakket lite om den emosjonelle omsorgen.

Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes (Jaser & With 2010).

Hensikt: Studien ønsker å undersøke om spesifikke mestringsstrategier påvirker livskvalitet, kompetanse og metabolsk kontroll (glukose kontroll) hos ungdom med diabetes type 1.

De spesifikke mestringsstrategiene de omtaler i denne studien er primær mestringsstrategi (problemløsning, emosjonelle uttrykk, som påvirker målet), sekundær mestringsstrategi (tilpasser seg miljøet, der en forandrer veien til målet) og tilslutt utkobling mestringsstrategi (fornektelse, tilbaketrekking).

Metode: Undersøkelsen er gjort med 30 ungdom mellom 10-16 år og deres mødre fra en universitets diabetesklinikk. Alle ungdommene skulle svare på ulike spørreskjemaer relatert egen oppfattelse av livskvalitet og sosialkompetanse, som skulle kobles opp til de ulike mestringsstrategiene de benyttet for å mestre diabetes relatert til stress. Mødrene skulle svare på spørreskjema der de skulle vurdere sin oppfattelse av barnas sosiale kompetanse. HbA1c verdier ble innhentet fra ungdommenes pasientjournal.

Resultat: Det viste seg i denne studien at økt bruk av primær mestringsstrategi var assosiert med bedre diabetesrelatert livskvalitet, økt sosial kompetanse rapportert både fra mødre og egen oppfatning, samt bedre metabolsk kontroll.

Bruk av sekundær mestringsstrategi var relatert til høyere mødre rapportert sosial kompetanse, men ikke selv rapportert sosialkompetanse. Den var ikke assosiert til bedret diabetesrelatert livskvalitet. Økt bruk av sekundær strategi gav bedre metabolsk kontroll.

Til slutt viste studien at økt bruk av utkoblings strategi var assosiert med dårlig sosial kompetanse, dårligere oppfatning av livskvalitet og dårligere metabolsk kontroll.

Konklusjon: Flest ungdommene i denne studien benyttet sekundær mestringsstrategi etterfulgt av primær mestringsstrategi, og de færreste benyttet frikoblingsstrategien for å håndtere diabetesrelatert stress. Bruk av primær mestringsstrategi viste seg å gi best diabetesrelatert livskvalitet, økt metabolsk kontroll og best sosial kompetanse hos ungdom med diabetes type 1.

The role of advanced nurse practitioners in offering brief therapeutic conversation intervention for families of children and adolescents with Diabetes type 1 (Konradsdottir and Svavarsdottir 2013).

Hensikt: Avansert sykepleieutøvere (APN) er utarbeidet for å støtte å styrke familier som har barn og ungdom med diabetes. I denne studien er hensikten å måle fordelene det er for disse familiene med kort familieterapeutiske samtaler fra APN.

Metode: En kvasi intervensjonsstudien som er en del av et større islandsk forskningsprosjekt som ble gjort i 2007-2011. Det var 14 familier med i studien som mottok helsehjelp på en poliklinisk pediatrik diabetesklinikk. Alderen på barna i disse familiene var mellom 8-18 år.

Foreldrene skulle delta på to korte familieterapeutiske samtaler der det var fokus på emosjonell støtte. De ble også tilbudt veiledning og faglige råd. Tre spørreskjemaer ble benyttet for å evaluere effekten av intervensjonen.

Resultat: Etter de korte familieterapeutiske samtalene rapporterte ikke familiene noe økt emosjonell støtte. Det kan forklares med at det var en liten studie og at disse familiene har hatt erfaring med diabetes i gjennomsnittlig 5 år før studien. Videre viste det seg at mødre hadde en opplevelse av APN som støttende når det gjaldt å styrke deres opplevelse av å mestre de daglige behandlingsoppgavene.

Konklusjon: Ungdom med diabetes type 1 har økt behov for emosjonell støtte fra sine foreldre. Foreldre bør gis anledning til å få uttrykke den emosjonelle belastningen det er å ha ungdom med diabetes slik at de kan støtte og oppmuntring sine barn.

Parent-adolescent communication and diabetes: an integrative review (Dashiff, Hardeman & Mc Lain 2009).

Hensikt: Målet med denne gjennomgangen var å sammenfatte funn fra empiriske studier som omhandler kommunikasjon og samhandling mellom foreldre og ungdom med diabetes, da det viser seg å være viktig når ungdom skal overta ansvar for diabetesomsorgen.

Metode: Det ble søkt på publiserte studier mellom 1985-2006. Søkene ble begrenset til peer reviewed forskningsartikler. Ungdommene som deltok var mellom 10-19 år. Til sammen ble 33 publikasjoner identifisert.

Resultat: Studiene tyder det på at kommunikasjon knyttet til mors støtte, kontroll, konflikt og involvering påvirker utfallet av diabetesbehandlingen til ungdommene. Støtte og oppmuntring fra mødre ble oppfattet som positivt og motiverte til egenomsorg. Kontroll ble oppfattet betydelig mer negativt. Kilder til konflikt var når ungdommene følte foreldrene presset dem til å dele informasjon. Engasjement fra mødre som ble oppfattet som tilsyn og overvåking var problematisk for de eldre ungdommene.

Konklusjon: Flere studier viste til at bedre konfliktløsningsferdigheter gav bedre metabolsk kontroll og at støtte fra foreldrene gav økt livskvalitet og diabetesbehandling. Det som derimot er lite kjent i disse studiene er det som tar hensyn til både foreldrenes og ungdommenes perspektiv på kommunikasjon.

Quality of Care in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes- Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives (Hanberger,L. 2010).

Hensikt: Målet med denne doktoravhandlingen var å finne ut hvordan diabetesomsorgen kan bedres for barn og ungdom for å forebygge senkomplikasjoner. Og hvordan de kan oppnå en god opplevelse av livskvalitet.

Metode: Undersøkelsen var gjort mellom 2003-2007 med svenske barn og unge mellom 0-18 år. Alle diagnostisert med diabetes type 1. Barna og deres foreldre skulle svare på et spørreskjema som omhandlet omsorg og helserelatert livskvalitet. HbA1c verdier ble hentet fra et nasjonalt register for barn og unge.

Funn: Studien viser at nesten 2/3 av barn og unge med diabetes i Sverige oppnår ikke anbefalte glukoseverdier. Områder som ble identifisert som viktige og som deltakeren ønsket skulle bli bedre var informasjon om egenomsorg, opplysninger om senkomplikasjoner og tilgang til omsorg, både diabetesrelatert og den følelsesmessige. Barn av skilte foreldre hadde dårligere opplevelse av livskvalitet og glukosebehandling.

Konklusjon: Diabetesomsorgen for barn og unge bør forbedres for å forebygge senkomplikasjoner. Den psykososiale omsorgen er viktig og bør tilpasses den enkeltes alder og kjønn.

5.0 Drøfting

Gjennom drøftingen vil jeg forsøke å finne svar på min problemstilling.

Hvordan kan sykepleier veilede ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 til og mestre sykdommen sin?

5.1 Diabetesrelaterte utfordringer for ungdom og mestrings strategier

Mennesker reagerer forskjellig på livets utfordringer, og hva som er god mestring er det i følge Eide og Eide (2007:172) ingen generelle svar på. Det støttes også av Lazarus og Folkman som sier at det i utgangspunktet ikke er noen mestringsstrategi som er bedre enn

andre men det må sees i sammenheng med den enkeltes opplevelse av stress (Hanssen 2001: 49).

For ungdom som får diabetes skal sykdommen mestres i sammenheng med deres utviklings stadium som preges av hormonelle svingninger og fysiske endringer. For å håndtere denne type stress kan det være nødvendig å ta i bruk flere mestringsstrategier (Jaser and Withe 2010).

Senere tids forskere mener i følge artikkelen til Jaser and Withe (2010) at Lazarus og Folkmans mestrings modell er delt inn i for generelle kategorier. Spesielt for pasienter med en så kompleks sykdom som diabetes. De mener det er aspekter ved denne sykdommen som er med på å påvirke mestringsstrategien, som ikke kan kategoriseres så generelt slik at det har vært behov for å videreutvikle modellen og spesifisere mestringsstrategiene noe mer.

Studien til Jaser og Withe (2010) viser til ulike mestringsstrategier som blir benyttet av ungdom med diabetes. Fornektelse er en av strategiene, der de skyver unna sykdommen og lever som de gjorde før de fikk diabetes. Det er en strategi som er i tråd med den Lazarus kaller emosjonellfokusert strategi. Den er lite hensiktsmessig å benytte over tid, da det forhøyer risiko for alvorlige senkomplikasjoner og i verste fall kan føre for tidlig død (Skafjeld 2011:75). I denne studie viser det seg at de ungdommene som benytter seg av denne type strategi har dårligere sosial kompetanse enn de andre ungdommene, noe som fører til dårligere metabolsk kontroll og dårligere opplevelse av livskvalitet. Roper m.fl.(2009) mener det nødvendig at ungdom lærer seg å løse konflikter å håndtere gruppepress. Livskvalitet er i følge Ulvik (2001:31) en subjektiv opplevelse og kan referere til hvordan en person opplever eller vurderer kvaliteten på sitt liv. Det er derfor nødvendig at sykepleier kartlegger hva den enkelte legger i dårlig opplevelse av livskvalitet.

Venner er viktig i ungdomsårene, og ungdom ønsker å være som sine jevnaldrende og ikke skille seg ut. En del synes det er flaut å måle blodsukker på skolen og i andre sosiale situasjoner selv om de kanskje vet det er et viktig verktøy for en god diabetesbehandling (Skafjeld 2011: 287). Det er i samsvar med Jaser og Withe (2010) studie. Ungdomstiden er en tid som det er viktig å passe inn med venner, og i frykt for ikke å bli akseptert velges noen bevisst å holde sykdommen skjult.

Lazarus poengterte i 1992 (referert fra Hanssen 2001: 49) at sykepleier må ta utgangspunkt i den enkeltes utfordringer, og det er nødvendig å innhente data om hva som innvirker

pasientens kognitive vurderinger sett i relasjon med miljøet pasienten befinner seg i. Når det er kartlagt kan sykepleier iverksette tiltak for og fremme mestringsfølelsen.

God egenomsorg og mestringsevne er vesentlig for den som har diabetes og en forutsetning for en optimal behandling. For å få til det er det nødvendig med innsikt i egen sykdom, noe som også skaper trygghet (Karlsen 2011: 216). Det er i samsvar med Orems teori som sier at en må forstå sin helsetilstand for å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak (Cavangh 2001:17).

En av hovedoppgavene til sykepleiere som jobber med mennesker med diabetes er å støtte og undervise slik at de kan være i stand til å utføre god egenomsorg. Det er viktig og prøve å forstå hvordan den enkelte opplever situasjonen for å kunne hjelpe dem. Den enkelte må bli kjent med hvordan sin egen kropp reagerer for at de skal utvikle kompetanse som gjør det mulig å ta ansvar for sykdommen (Torgauten 2011: 183).

Det viste seg at i studiene Dashiff, Hardeman og Mc Lain (2009) gjennomgikk, økte motivasjonen til egenomsorg når ungdommene opplevde støtte og oppmuntring fra sine mødre. Støtten kunne innebære og bistå med problemløsning, gi positive tilbakemeldinger eller belønning når de utførte god egenomsorg. Dette førte til at ungdommene hadde bedre diabetesbehandling. På den andre siden viste studiene at mødrene også kunne bidra til det motsatte, spesielt for de eldste ungdommene. De kunne oppleve mødrenes engasjement som overvåking og som kontroll, noe som bidro til konflikter som resulterte i dårlig metabolsk kontroll og dårlig opplevelse av livskvalitet. I lys av disse funnene kan det tyde på at omgivelsene og miljøet er vesentlige for hvordan ungdommene velger å mestre sykdommen. Alder på ungdommene vil også være av betydning.

Ved debut av sykdommen er det vanlig å komme i en sjokkfase (Eide og Eide 2007: 176). Ser en det i lys av Lazarus og Folkman (1984) sin mestringsteori er fornektet en måte å handle på når en opplever en krise. En skyver den ubehagelige situasjonen unna ved å benekte fakta og lever som om ingenting skulle skjedd. Sykepleier må i denne fasen fortelle at det er en helt normal reaksjon, men det er viktig ikke å bli værende her. Følelsene må bearbeides for å komme videre og kunne bli i stand til å ta i bruk mer hensiktsmessige mestringsstrategier. Dette støttes også av Roper m.fl. (2009) som oppfordrer sykepleiere til å lære de unge ferdigheter om hvordan endre negativ adferd. For å hjelpe pasienten kan sykepleier rette fokus mer mot bruk av det Roper m.fl. (2009) kaller primær mestringsstrategi. Lære pasienten å måle blodsukkeret, sette insulin å hjelpe pasienten til å få økt kunnskap til å forstå hva som påvirker blodsukkeret, noe som igjen vil påvirke målet.

Det er i tråd med funn i artikkelen til (Chaney m.fl.(2010). Hvis ungdom skal kunne ta vare på seg selv med en god diabetesomsorg trenger de å lære mer om det Lazarus og Folkman kaller problemfokuserte ferdigheter. Ny læring kan endre adferd å styrke evnen til å mestre nye utfordringer. Pasienten med diabetes må få hjelp til å se sine egne muligheter for å kunne møte de kravene som stilles både fra dem selv og omgivelsene. Jo mer pasienten mestrer gjennom kognitiv, emosjonell og atferdsmessig håndtering av sykdommen desto mer motivert er de for å lære mer (Karlsen 2011:230).

Når en person er innlagt på sykehus med nyopplaget diabetes er sykepleiers oppgave å følge opp pasientens følelsesmessige reaksjoner så vel som opplærings av blodsuktermåling og injeksjonsteknikk. Det er viktig og skape trygge rammer, være tilgjengelig og lytte for å forstå den enkeltes virkelighetsoppfatning. Er pasienten i følelsesmessig ubalanse er det vanskelig å ta i bruk egne ressurser. Det er heller ikke så lett å ta i mot informasjon den første tiden samtidig som de skal forholde seg til å ha fått diabetes. Det er derfor nødvendig at sykepleier tilpasser informasjon til hvor i prosessen ungdommene så vel som til det utviklingsstadiet den enkelte befinner seg på (Torgauten 2011: 772).

I studien til Jaser og Withe (2010) viser det seg at for de av ungdom som benytter seg av primær og sekundær kontroll mestringsstrategi oppnår bedre metabolsk kontroll, og den sosiale kompetansen var høyere spesielt hos de ungdommene som benyttet primær kontroll mestringsstrategi. For sykepleiere er dette nyttig kunnskap når en vet at det sosiale er spesielt viktig for denne aldersgruppen.

5.2 Individuell veiledning

Veiledning er en viktig og sentral del av arbeidsoppgavene til en sykepleier. En forutsetning for god veiledning er at den enkelte sykepleier har interesse for emnet, kunnskap om behandlingsmetoder og kjennskap til nye forskningsresultater (Graue 2001:298).

Veiledning og undervisning er helt essensielt for å oppnå gode behandlingsresultater (Graue og Haugstvedt 2011:243). Det er i følge Orem også viktig for å gjenoppta egenomsorgen (Cavangh 2001:24). I debut fase er det naturlig og fokusere mest på kunnskapsformidling og praktiske ferdigheter. Etter hvert blir det i følge litteraturen mer bekymring for ikke å oppnå tilfredsstillende behandlingsresultater og da blir det viktigere å legge mer vekt på mestrings og motivasjons aspekter (Graue og Haugstvedt 2011:243). På den andre siden viser funn i studien til Chaney m.fl.(2010) at flertallet av ungdommene føler de ikke har tilstrekkelig med

kunnskap eller ferdigheter som skal til for å oppnå en optimal kontroll. Det var kilde til økt frustrasjon og opprør.

En god relasjon er viktig når en sykepleier skal veilede. Relasjonen handler om kontakten mellom partene. Det er også nødvendig at sykepleier har kjennskap til den enkeltes behov og kunnskapsnivå om sykdommen og hvilke evner vedkommende har til å forstå det som formidles (Sagen:2003:39). Noe som støttes i artikkelen til Roper m.fl.(2009).

Dialogen mellom pasient og sykepleier har betydning for å finne frem til hva veiledningen skal handle om. En god dialog kjennetegnes av likeverdighet mellom partene til tross for at sykepleier sitter med mer kunnskap (Tveiten 2001:80). Det kan i seg selv være en utfordring. En ungdom med diabetes og en sykepleier har helt ulikt perspektiv på sykdommen. Helsepersonell har ekspertkompetansen på sykdommen og symptomene mens ungdommen har forståelsen fra sin situasjon. Det er viktig at sykepleier er det bevisst, og møter den enkelte fra deres perspektiv (Karlsen 2011: 218).

Det er noe uenighet om økt kunnskap alene gir bedre metabolsk kontroll blant barn og unge, men at det er en viktig komponent i diabetesbehandlingen enes det om (Roper m.fl. 2009). Det kommer frem i studien til Roper m.fl. (2009) at barn og unge har en del kunnskap om fysiologi og hvordan de skal dekke den fysiske omsorgen av sykdommen en tid etter diagnosetidspunktet, men det er behov for oppfølging og repetisjon også fremover for at de skal oppnå tilstrekkelig mestringsfølelse, noe studien til Chaney m.fl.(2010) også støtter.

Eide og Eide (2007:178) sier at informasjon som blir gitt når en person befinner seg på et diagnosetidspunkt vil sannsynligvis bare delvis bli oppfattet eller feiltolkes. For noen kan det være hensiktsmessig å ta i bruk illustrasjon og skriftlig informasjon i tillegg til muntlige. Pasienten kan da på et senere tidspunkt lese gjennom for å friske opp det som har blitt sagt (Sagen 2011: 39).

Under oppfølging viser funn fra studien til Chaney m.fl.(2010) at ungdommene ønsket å benytte tekstmeldinger som kommunikasjonsmåte med sykepleier. Det ville gjøre at de lettere for dem å ta opp vanskelige temaer de egentlig ikke våget å snakke med sykepleier om. Det er også fordelaktig og kunne lagre informasjonen hvis de hadde behov for å se på dem på et senere tidspunkt.

Diabetes påvirker også de nærmeste rundt pasienten, og pårørendes støtte er viktig for at de unge skal mestre sykdommen. Det kan være en fordel og ha med seg foreldre på veiledning

for å støtte dem. For eldre tenåringer kan det være mer naturlig å ha med en venn eller kjæreste hvis de føler seg for gamle til og ha med foreldre. Det kan være vanskelig å huske alt som har blitt tatt opp på en veiledningstime og da kan det være nyttig å ha med noen som man kan snakke med i etterkant. På den andre siden kan tenåringer ønske å ta opp personlige ting som de ikke ønsker at foreldre eller venner skal vite. Da kan et alternativ være at den pårørende er med på deler av veiledningen (Hånås 2011: 329).

Som veileder er det ikke bare å gi råd å informere, men de skal også støtte og oppmuntre slik at pasienten kan få styrket mestringsevnen (Karlsen 2011:17). Det skal være rom for å bearbeide vonde opplevelser knyttet til sykdommen eller ønske om å finne nye måter å mestre dagliglivet på (Karlsen 2011: 226).

Det vil være en hårfin balanse mellom og oppmuntre og informere på den ene siden og moralisere på den andre (Eide og Eide 2007: 341). Det være seg når pasienter med diabetes lever et liv som ikke samsvarer med hva god diabetesomsorg, eller det kan være når en skal samtale med foreldre om viktigheten av at de ikke bli oppfattet som kritiske og negative ovenfor barna sine, noe som var kilde til konflikt i studiene Dashiff, Hardeman og Mc Lain (2009) gjennomgikk. Hvis konflikt unngås viser det seg at foreldrenes hjelp å støtte er av betydning for hvordan de unge håndterer sykdommen sin, noe som samsvarer med funnene i Roper m.fl. (2009) og Løding og Wold (2006) sine studier.

Når veiledningen innebærer endringer i pasientens diabetesomsorg må partene sammen komme fram til løsninger som bidrar til forandringer (Karlsen 2011:227). Veileder må møte den enkelte med respekt for deres valg av livsstil, å prøve å finne ut hvorfor de for eksempel har et usunt kosthold og er lite fysisk aktive. Det kan være andre ting som ligger til grunn for deres valg av livsstil. En kan forsøke å få vedkommende selv til å foreslå alternative løsninger. Veileders rolle er å formidle konsekvensene av hva den usunne livsstilen kan føre til (Aas 2011: 140).

I følge Haug (referert fra Kvam 2010) er trusler om senkomplikasjoner et hyppig brukt argument for å bedre glukosekontrollen. I likhet med Roper m.fl. (2009) mener han det kan skape mer usikkerhet og angst hos pasienten å gjøre det hele enda verre. I følge Hanberger (2010) er det heller ikke så effektivt å bruke senkomplikasjoner som en motivasjonsfaktor, da det er en konsekvens som kommer mye lengre frem i livet, og ungdom lever mer her og nå. På den andre siden rapporterer ungdommene i studien til Roper (2009) at de ønsker å vite mer

om både kortsiktige og langsiktige konsekvenser ved diabetes. Det viser også funn i studiene til Hanberger (2010). Eide og Eide (2007:175) sier det er viktig og gi den informasjonen pasienten har behov for, men sykepleier må tenke gjennom måten den formidles på og hvorfor man gjør det på akkurat den måten. Slik at informasjonen ikke gjør dem mer usikre.

I studien til Chaney m.fl.(2010) kom det frem at ungdom hadde en opplevelse av at foreldre og helsepersonell primært fokuserte på de negative aspektene ved deres helsetilstand. De ønsker heller råd om hva de kan gjøre, framfor å høre hva de ikke skal gjøre. Mange opplever at livet med diabetes setter mange begrensninger, og med denne tilnærmingen opplevdes det lite motiverende. De unge ønsket mer tilrettelagt veiledning for deres behov og som er relevant for dagliglivet, noe også litteraturen støtter oppunder (Tveiten 2001:53). Mer bruk av praktiske øvelser, demonstrasjoner og morsomme aktiviteter (Chaney m.fl. 2010). Læring fremmes når man ser sammenheng mellom egen situasjon og det som skal læres (Tveiten 2001: 53).

Når en personen skal lære seg å sette insulin og måle blodsukker kan grei prosedyre være at sykepleier viser fremgangsmåten først. Deretter kan det være lurt at pasienten får starte og trene med å stikke på en appelsin, deretter på sykepleier før man går over til å gjøre det på seg selv. Mange synes det er vanskelig å stikke seg selv og da kan det være til hjelp at sykepleier normaliserer det. Hvis ungdommen opplever at adferden aksepteres kan det gi gradvis bedre selvtillit (Hanås 2011:103).

Forskningen viser at ungdommene har behov for økt emosjonell omsorg da diabetes i aller høyeste grad påvirker den psykososiale helsen. Det støttes opp av litteraturen sier at mestring er et samspill mellom sosiale og emosjonelle faktorer (Graue og Haustvedt 2011: 243). De unge opplever at foreldrene ikke er like flinke til å støtte de på dette området. Flere av de unge i studiene til Roper m.fl.(2009) og Chaney m.fl.(2010) utrykte bekymring i forhold til hvordan de skal håndtere ulike sosiale situasjoner, og hvordan de skal forholde seg hvis de får føling når de er med venner.

Ut fra funn i studien til Konradsdottir og Svavarsdottir (2013) viser det seg at også foreldre opplever følelsesmessig stress relatert til å ha barn med diabetes, og har behov for emosjonell støtte og veiledning. At sykepleier støtter og møter også deres sorg på lik linje med pasienten kan være avgjørende for hvordan familien vil mestre situasjonen fremover (Eide og Eide 2007:169). Både kunnskapsformidling og oppfølgingssamtaler er viktig slik at de skal de skal

være tryggest mulig. Foreldre trenger å få uttrykt den belastningen det er å ha barn med diabetes og trygges på at de gjør en god jobb (Tveiten 2008:175).

5.3 Veiledning i gruppe

For pasienter med diabetes har det vist seg å ha en positiv effekt på pasientens helsefremmende atferd når en benytter gruppeveiledning (Tveiten 2001:50).

Flere ungdommer med diabetes har en opplevelse av å være annerledes og ønsker å bli kjent med andre ungdom i samme situasjon. De ønsker også å vite hvordan andre ungdom håndterer å leve med diabetes Roper m.fl.(2009). I studien til Chaney m.fl.(2010) var det flere som uttrykte ensomhet og at de følte seg isolert. Ved å være i en gruppe kan de dele sine erfaringer med andre å reflektere sammen (Tveiten 2001:51). Det kan skape trygghet å oppleve ikke å være alene, men at andre har det på samme måte. De kan oppdage egen kunnskap, noe som kan bidra til at egen mestringskompetanse øker. Det kan også være lettere å ta i mot råd fra personer som er i samme situasjonen som en selv (Tveiten 2001: 147), noe som støttes av ungdommene i studien til Chaney m.fl.(2010) der flere uttrykte at de synes de det var vanskelig å søke råd hos foreldre og helsepersonell.

Som veileder er det viktig å være oppmerksom på at det kan komme følelsesmessige reaksjoner i en gruppe. Det er ikke alle som opplever det å være i en gruppe som trygt når man ikke kjenner noen. Noe som blir tatt opp i gruppen kan føre til at andre deltakere bryter sammen i gråt. Ikke alle er like bevist sin kommunikasjon verken verbalt eller nonverbalt noe som kan føre til misforståelser og feiltolking. Ulike bearbeidings reaksjoner kan også være årsak til at noen begynner å gråte (Tveiten 2008b:132).

I følge foreldrene viser funn i studien til Løding og Wold (2006) at gruppeveiledning har ført til at ungdommene har lært å bli mer åpne i forhold til sin diabetes. Både når det gjelder å sette insulin og måle blodsukker i andres nærvær, samt det å være åpen om sykdommen sin. Som nevnt tidligere beskriver litteraturen dette som utfordrende for ungdommene noe som også underbygges i artikkelen til Jaser og Withe (2010). Familiene synes også det hadde blitt lettere å snakke med ungdommene sine etter disse gruppeveiledningstimene. Forskning viser at god kommunikasjonen mellom foreldre og ungdom med diabetes er medvirkende faktor til god diabetes omsorg (Dashiff, Hardeman og Mc Lain 2009).

I følge studien til Roper m.fl. (2009) er det viktig for ungdommene at foreldrene får en forståelse for deres behov av og bli selvstendige. De utrykte et ønske om å ta ansvar for egen behandling samtidig som de trenger foreldrenes støtte. Litteraturen sier at noe av årsaken til at tenåringer har dårlig diabetesomsorg er at foreldrene ikke forstår deres behov, og ikke har tilstrekkelig tiltro til at de mestrer det ansvaret, noe som hemmer deres motivasjon (Hanås 2011: 331).

Studien til Løding og Wold (2006) viser at også foreldrene har behov for å ha veiledning i gruppe og møte andre foreldre i samme situasjon. Der de kan dele erfaringer å gi hverandre støtte og oppmuntring. De kan lufte sine tanker og frustrasjoner. Erfare at andre har de samme spørsmålene og sliter med de samme utfordringene kan bidra til en fellesskapsfølelse, samtidig som man kan dra nytte av andres måter å løse hverdagen på. Foreldreveiledning har til hensikt å styrke deres kompetanse som foreldre og legge til rette for et godt samspill mellom dem og deres barn. Utgangspunktet for veiledningen er å møte foreldrene der de er, å høre hva de har som behov og er opptatt av (Tveiten 2001:158).

En enslig mor utrykte studien til Konradsdottir og Svavarsdottir (2013) at hun synes det var så godt å få snakket med andre som var i samme situasjon. Hun hadde følt seg så alene før hun deltok i gruppesamtaler. I følge en av studiene til Hanberger (2010) trenger barn av enslige foreldre også mer støtte og tettere oppfølging enn andre barn, da forskning viser at de har en opplevelse av lavere livskvalitet og dårligere blodsukkerkontroll.

Litteratur anbefaler å involvere foreldre i gruppebaserte opplæringstiltak sammen med sine barn da foreldrenes engasjement bedrer barnas livskvalitet, psykososiale forhold og blodsukkerkontrollen (Graue og Haustvedt 2011: 243). På den andre siden sier Løding og Wold (2006) at foreldre og ungdommer har forskjellige ståsted og kan oppfatte ting svært forskjellige, noe som kan føre til konflikt mellom ungdommene og deres foreldre. Funn i studien til Chaney m.fl.(2010) viser at flertallet av ungdommene ønsker ikke at foreldrene skal delta i gruppeveiledning sammen med dem. Slik jeg ser det vil det kunne føre til ytterligere konflikter å hemme ungdommene i å tale fritt utfra sitt ståsted. Ses det i lys av Tveiten (2001:50) bør gruppen settes sammen ut fra alder, diagnose, felles interesse og behov.

6.0 Konklusjon

For at en ungdom med nyopplaget diabetes type 1 skal kunne mestre å ivareta en god diabetesomsorg samtidig som de skal oppleve at ikke sykdommen setter altfor store begrensinger er det nødvendig med kunnskap, støtte, oppmuntring og erfaring. Erfaring opparbeides gjennom tid med prøving og feiling. Kunnskap, støtte og oppmuntring kan sykepleier bistå med gjennom veiledning, både individuelt og i gruppe. Det kan være hensiktsmessig med en kombinasjon av disse.

Når en sykepleier skal veilede ungdom er det helt nødvendig å skape en god kontakt med vedkommende. Det er også en forutsetning at sykepleier tar utgangspunkt i den enkelte ungdoms opplevelse og forståelse, å kartlegge hva som oppleves utfordrende.

I starten kan det være hensiktsmessig å fokusere mest på de praktiske ferdighetene å samtale om hva som påvirker blodsukkeret. Den første tiden kan det være vanskelig å ta i mot informasjon slik at den må tilpasses etter hvor i prosessen vedkommende er, så vel som utviklingsstadiet til den enkelte. Det anbefales også med en positiv tilnærming rettet mot det de kan gjøre, framfor det motsatte. Det viser seg av bruk av illustrasjoner og praktiske øvelser, tekstmeldinger i tillegg til muntlig er ønskelig. Mestring fremmes når de kan se sammenheng i egen situasjon.

Det er også viktig at sykepleier oppmuntrer ungdommene slik at de skal få troen på seg selv, og støtte dem på det følelsesmessige planet. Det viser seg at sykepleier trenger å styrke ungdoms sosiale kompetanse. Det er også viktig at ungdommene treffer andre i samme situasjon.

Gjennom mine funn viser det seg at sykepleier også bør veilede foreldre for å styrke deres kompetanse å legge til rette for et godt samspill mellom dem og deres barn. Ungdomsårene er en tid der det ofte oppstår konflikter mellom foreldre og barn noe som kan hemme ungdommenes mestringsfølelse og ivaretagelse av tilfredsstillende diabetesomsorg.

Det kan være grunnlag til å tro at det er fornuftig å ha veiledningsgrupper for foreldre og ungdom hver for seg.

Litteraturliste

Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I: Skafjeld, A. og Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Barnediabetesregisteret (2012). *Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes*. Hentet 12. januar 2014 fra:
<http://www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/%C3%85rsrapporter/2012/%C3%85rsrapport%202012%20Barnediabetes.pdf>

Breedholm, K. og Fredriksen, A.K.(2013). Litteraturreview. I: Glasdam, S.(red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område- indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck .

Cavanagh, S. J.(2001). *Orems sykepleiemodell i praksis*. 2utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Chaney, D. m.fl. (2010). Diabetes education: what do adolescents want? *Journal of Clinical Nursing*, 21 (1/2): 216-23. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03692.x

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Dashiff, C., Hardeman, T., McLain, R. (2007). Parent-adolescent communication and diabetes: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2): 140-62. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04549.x

Diabetesforbundet (2014). *Diabetes type 1*. Hentet 30. januar 2014 fra:
<http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips>

Diabetesforbundet (2012). *Behandling*. Hentet 30. januar 2014 fra:

<http://www.diabetes.no/Behandling.9UFRjQ5M.ips>

Eide og Eide (2007). Grunnbegreper i hjelpende kommunikasjon. I: *Kommunikasjon og relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Eide og Eide (2007). Krise og mestringsteori. I: *Kommunikasjon og relasjoner*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Graue, M. og Haustvedt, A.(2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I: Skafjeld, A. Graue, M.(red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Graue, M. (2001). God diabetesomsorg-mer enn medisinsk behandling. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.). *Å leve med kronisk sykdom*. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Hanberger, L. (2010). *Quality of Care in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes-Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives*. Linköping: Linköping University.

Hentet 3. mars 2014 fra: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-59336>

Hanssen. T.A. (2001). Stress og mestring. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.) *Å leve med kronisk sykdom*. 2.utg. Oslo: Cappelens akademiske forlag AS.

Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes, type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. 3.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I: Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Jacobsen, D. m.fl. (2009). Endokrine sykdommer. I: Jacobsen, D., m.fl. *Sykdomslære Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jaser, S.S., and White, L.E.(2010).Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health & Development*, 37 (3): 335-42. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x

Jenssen, T.(2011).Diabetes mellitus. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gransmo (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo:Gyldendal Norske Forlag AS.

Johannessen, K.I, Molven, O. og Roalkvam, S. (2007). Etiske komiteer og deres arbeid. I: *Godt, rett, rettferdig, etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkel til bedre mestring. I: Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Konradsdottir, E. and Svavarsdottir, E.K.(2013).The Role of Advanced Nurse Practitioners in Offering Brief Therapeutic Conversation Intervention for Families of Children and Adolescents with Diabetes Type 1. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 33 (3): 44-7. Hentet fra SweMed+.

Kristoffersen, N.J.(2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A.(red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Kristoffersen, N.J.(2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A.(red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Kvam, M. (2010). *Diabetes i kropp og sinn*. Norsk Helseinformatikk. Hentet 2. februar fra: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/diabetes-i-kropp-og-sinn-34464.html>

Løding, R.N. og Wold, J.E.(2006).A group intervention for adolescents with type 1 diabetes and their families. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 26 (4): 44-7. Hentet fra SweMed+.

Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk helseinformatikk (2013). *Diabetes type 1*. Hentet 18. januar 2014 fra: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/sykdommer/type-1-diabetes-1152.html?page=3>

Rokne, B. (2011). Livskvalitet ved kronisk sykdom. I: Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Roper,S.O. m.fl.(2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of advanced nursing*, 65 (8): 1705-14. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05033.x

Sagen, J.V.(2011). Fysisk aktivitet. I: Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Sagen, J.V. (2011). Sykdomslære. I: Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Torgauten, J.O.A. (2011). Følelsesmessige reaksjoner ved type 1 diabetes. I: Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Askribe AS.

Tveiten, S. (2008a). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlag Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2008b). *Veiledning – mer enn ord....* 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ulvik, B. (2001). Helse og livskvalitet. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.). *Å leve med kronisk sykdom*. 2.utg. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Vaaler, S.(2004). *Diabeteshåndboken*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.